

Macrobiopsie sous stéréotaxie des microcalcifications dans la prise en charge des cancers du sein

Role of stereotactic guided VABB of microcalcifications in the management of breast cancer

B. Scheuer-Niro

Mots clés : macrobiopsie, microcalcifications, histologie, cancer du sein, traitement

Keywords: VABB, microcalcifications, histologic findings, breast cancer, treatment

Introduction

Avec l'arrivée du dépistage du cancer du sein et les évolutions techniques en imagerie médicale, de plus en plus d'anomalies mammaires sont détectées, très souvent à un stade infraclinique. Les foyers de microcalcifications, anomalie de petite taille, font partie des lésions mammaires de découverte fortuite lors d'un examen de dépistage. Leur étude se fait en mammographie avec des clichés orthogonaux en agrandissement. Si, le plus souvent, ils traduisent une pathologie mammaire bénigne, certains peuvent correspondre à un cancer mammaire souvent canalaire. La caractérisation histologique de la lésion contribue à une prise en charge de la lésion mammaire qui n'est pas exclusivement chirurgicale mais qui indique parfois des traitements complémentaires. La chirurgie mammaire a vu des changements en raison du diagnostic positif précoce des lésions mammaires de très petite taille. C'est le rôle de l'oncologie de définir des

compléments thérapeutiques. Les foyers de microcalcifications classés Bi-Rads 4 et 5 et dans certains cas les foyers classés Bi-Rads 3 doivent bénéficier d'un diagnostic histologique. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) [1] et les Standards Options et Recommandations (SOR) [2] préconisent aux chirurgiens et oncologues de disposer d'un diagnostic histologique préalable pour décider de la prise en charge des lésions mammaires. La macrobiopsie par aspiration sous vide est un examen suffisamment sensible et spécifique et est préférable à la biopsie chirurgicale.

Pourquoi prélever des microcalcifications Bi-Rads 4C et 5 ?

La macrobiopsie est un examen fiable (Précision 96-98 %) qui permet d'obtenir le diagnostic histologique de l'anomalie mammaire. En cas de lésion bénigne avec concordance radio-histologique, elle évitera la chirurgie [3]. Si elle fait le diagnostic de cancer, elle évitera un acte chirurgical de biopsie diagnostique suivi d'une deuxième chirurgie thérapeutique. Un consensus anatomo-pathologique s'est dégagé pour recommander de ne pas pratiquer d'examen histologique extemporané pour les microcalcifications et les masses inférieures à 10 mm [4, 5]. Il est important que l'anomalie mammaire suspecte en imagerie corresponde bien à la lésion histologique. Le site de la biopsie est marqué par le positionnement du clip lors de la biopsie qui permettra d'aider le repérage préopératoire en cas de geste chirurgical.

En cas de cancer confirmé par la macrobiopsie, le résultat anatomopathologique va orienter la stratégie thérapeutique qui sera discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

L'examen histologique de la biopsie renseigne sur le type de cancer et le grade histopronostique [6, 7].

- Néoplasie lobulaire *in situ*, carcinome canalaire *in situ* sans lésion infiltrante (grade nucléaire : bas grade/intermédiaire/haut grade, sans ou avec micro-invasion), carcinome infiltrant (type : canalaire/lobulaire/autre, grade de SBR). Elle renseigne également sur les facteurs pronostiques et/ou prédictifs comme statut des récepteurs hormonaux, statut HER2. À l'issue du bilan initial, le stade cTNM de la tumeur est établi. Le geste chirurgical thérapeutique sera mieux programmé, les traitements complémentaires éventuels expliqués à la patiente.

- Ainsi, en cas de petite tumeur sans caractère invasif une mastectomie partielle (tumorectomie) et radiothérapie seront suffisantes avec l'objectif d'une exérèse *in sano* [4].
- En revanche, en cas d'une lésion infiltrante une chirurgie axillaire complémentaire adaptée doit être envisagée (ganglion sentinelle ou curage axillaire d'emblée).
- Pour les lésions multifocales ou étendues, la double macrobiopsie réalisée à une distance de 3 cm permet le diagnostic de malignité avec mastectomie totale éventuellement complétée par une reconstruction immédiate.
- Le choix du traitement est établi en tenant compte des critères prédictifs de réponse aux différents traitements et des facteurs pronostiques associés qui pourront être recherchés à partir des prélèvements des biopsies (récepteurs hormonaux, surexpression de HER2).

Le bilan initial d'imagerie et de la biopsie ne permet pas de connaître la taille tumorale. Il est donc important d'avertir la patiente qu'il s'agit en préopératoire du schéma thérapeutique qui sera rediscuté après la chirurgie et notamment après analyse anatomopathologique de la pièce de tumorectomie : taille tumorale, état des berges et enfin les caractéristiques tumorales. On rappelle que le taux de sous-estimation de la macrobiopsie des lésions atypiques et des cancers *in situ* qui sont des carcinomes *in situ* ou infiltrants varient de 5 à 20 % [8]. Ce taux de sous-estimation est plus faible avec l'utilisation des sondes de plus gros calibres (7 et 8 Gauge) et diminuera probablement encore avec la macrobiopsie monobloc (INTACT, BLES) [9].

Conclusion

La macrobiopsie sous stéréotaxie des microcalcifications est un examen sensible, spécifique et précis qui permet d'apporter un diagnostic positif de cancer du sein et de caractériser le cancer. La stratégie thérapeutique sera définie dès cette première étape en RCP et expliquée à la patiente et ses proches. Le diagnostic de cancer du sein est psychologiquement mieux accepté en connaissance du parcours thérapeutique. La macrobiopsie permet d'éviter des chirurgies inutiles. Le chirurgien pourra mieux programmer son intervention (mastectomie partielle ou complète ± chirurgie axillaire [ganglion sentinelle, curage axillaire]). L'équipe oncologique envisagera et définira les traitements complémentaires les plus adaptés en fonction des facteurs prédictifs de réponse aux différents traitements et des facteurs pronostiques associés.

Références

1. HAS (2010) Guide-Affection longue durée, Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique, Cancer du sein
2. Cutuli B, Fourquet A, Luporsi E *et al.* (2005) Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations 2004 pour la prise en charge des carcinomes canauxaires *in situ* du sein (rapport abrégé) : Bull Cancer 92: 155-68
3. Seror JY, Antoine M, Scetbon F *et al.* (2000) Apport des macrobiopsies stéréotaxiques par aspiration dans la stratégie de prise en charge des microcalcifications mammaires : première série prospective de 115 cas : Gynecol Obstet Fertil 28: 806-19
4. Barranger E, Morel O, Coutant C *et al.* (2007) Stratégie de prise en charge chirurgicale des microcalcifications du sein : J Gynecol Obstet Biol Reprod 36: 468-72
5. Bernard P, Pasquier D, Brun JL (2011) L'examen anatomo-histopathologique extemporané en chirurgie gynécologique et mammaire : recommandations. Réal Gyn Obstet 153
6. Guinebretiere JM, Menet E, Suci V (2010) Comment analyser un compte rendu anatomopathologique de biopsie dirigé du sein ? Imagerie de la femme 20: 1-7
7. Galant C, Berliere M, Leconte I (2010) Nouveautés dans les facteurs histopronostiques des cancers du sein. Imagerie de la femme 20: 9-17
8. Jackman RJ, Nowels KW, Rodriguez-Soto J *et al.* (1999) Stereotactic, automated, large core needle biopsy of nonpalpable breast lesions: false negative and histologic underestimation rates after long-term follow-up. Radiology 210: 799-805
9. Seror JY, Lesieur B, Scheuer-Niro B *et al.* (2011) Predictive factors for complete excision and underestimation of one-pass en bloc excision of non palpable breast lesions with the INTACT® breast lesion excision system. Eur J Radiol 81: 719-24